

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital Luis Castelazo Ayala
Jefatura de Enseñanza e Investigación

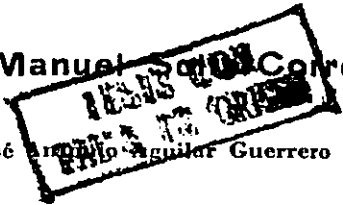
"ESTADO ACTUAL DE LA HISTERECTOMIA EN BLOQUE
EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA "LUIS
CASTELAZO AYALA" DEL I.M.S.S.

TESIS PROFESIONAL
Para opción al Título de
ESPECIALIZACION EN GINECO-OBSTETRICIA

P r e s e n t a

Dr. Victor Manuel Saldaña Correa

Tutor: Dr. José Amador Aguilar Guerrero



1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION.

Se denomina histerectomía obstétrica a aquella efectuada durante el estado grávido puerperal.

Histerectomía cesárea o cesárea-histerectomía es la efectuada posteriormente a la extracción del producto de la concepción mediante operación cesárea y se efectúa en el mismo tiempo operatorio.

Histerectomía postparto o postcesárea es la efectuada en un segundo tiempo operatorio posterior a la obtención del producto de la gestación.

Las causas que determinan la conducta quirúrgica anterior se clasifican en: absolutas, relativas y electivas. Entre las primeras causas se encuentran eventos hemorrágicos (ruptura uterina, atonía uterina, acrotismo placentario, desprendimiento prematuro de placenta, útero de Couvillier, etc.). En el segundo grupo de las indicaciones secundarias o relativas, se efectúa la histerectomía para prevenir probables peligros derivados de condiciones anormales del aparato genital femenino, siendo el caso de tumores malignos y benignos del útero, cervicovaginitis benigna, patología ovárica -maligna, etc. En el grupo de las indicaciones electivas se practica como método definitivo de esterilización en la mujer por cicatrices de cesárea múltiples, gran multiparidad asociada a patología genital o extragenital no trascendente;

así como patologías generales: toxemia gravídica repetida, eritroblastosis fetal, diabetes mellitus, cardiopatía, leucemia, tuberculosis, etc.

No hay que confundir lo anterior con el hecho del embarazo no deseado y la práctica de histerectomía como método definitivo de esterilización, ya que en estadísticas del Centro de Control de Enfermedades efectuadas en el período de 1972 - 1978 en la población de la Unión Americana, han demostrado un riesgo de muerte 3.3 veces mayor en estos casos que al efectuar curetaje y posteriormente salpingoclasia bilateral.

El concepto HISTERECTOMIA EN BLOQUE se utiliza para indicar la extirpación del útero grávido conteniendo en su interior el feto o el producto de embarazo patológico, -- sin tomar en cuenta la edad gestacional.

Si la paridad de la mujer o su edad son tales que no se deseen embarazos ulteriores, puede preferirse la histerectomía al legrado, en casos de embarazos molares, a causa de la frecuencia con la que sobreviene a estos grupos de edad y paridad el coriocarcinoma. Aunque la histerectomía no elimina la enfermedad trofoblástica metastásica, reduce apreciablemente la probabilidad de que se desarrolle subsecuentemente.

En 69 casos de mola hidatidiforme, descritos por -

ocurren en los vasos de gran calibre, la coagulación intravascular diseminada puede definirse como la aceleración del proceso de la coagulación en la circulación dinámica, con la utilización de los factores de la coagulación y plaquetas, la posible obstrucción de vasos de finísimo calibre y la activación secundaria de la fibrinólisis. Comienza con la aparición de la actividad procoagulante de la sangre y termina cuando cede la actividad del fenómeno desencadenante y permite al mecanismo homeostático, normalizarse.

Puede ser aguda, subaguda o crónica, según la cantidad y duración del estímulo procoagulante y el estado del mecanismo de defensa del organismo. Si el estímulo procoagulante es transitorio puede terminar por ceder por sí mismo. La coagulación intravascular diseminada suele ser fenómeno general, pero pueden aparecer formas relativamente localizadas.

El obstetra se interesa principalmente por las formas agudas de este fenómeno (desprendimiento prematuro de placenta, embolia por líquido amniótico, terminación del embarazo en el segundo semestre por inyección de solución salina hipertónica y choque séptico (endotóxico) y rara vez por las formas crónicas como el síndrome del feto muerto.

Hay diversos factores de coagulación que aumentan durante el embarazo: fibrinógeno y los factores II, VII, VIII, IX y X. Solamente el factor XIII parece mostrar una

5.

disminución pequeña y las plaquetas son normales. El fibrinógeno comienza a aumentar entre la vigésima y vigésima quinta semana de la gestación y alcanza sus cifras máximas en el término del embarazo.

El sistema de enzimas fibrinolíticas disminuye unidicamente por la menor actividad del activador, como se manifiesta por la prolongación del tiempo de lisis de la euglobulina, en venas de pacientes embarazadas también se ha demostrado menor actividad del activador.

El sistema de coagulación en el embarazo origina una situación en la cual aumentan los factores de la coagulación y disminuye la antitrombina; disminuye la actividad fibrinolítica al disminuir la actividad del activador y haber mayor concentración de inhibidores plasmáticos. El tiempo de coagulación es breve, como se observa por parámetros tromboelastográficos y de otra índole, y en ocasiones existen depósitos de fibrinógeno de alto peso molecular.

Se ha propuesto que el embarazo es un estado crónico de coagulación intravascular diseminada en el cual la síntesis excede del consumo. Se ha considerado a la placenta como el sitio de proceso de consumo semejante a los hematomas gigantes (síndrome de Kasabach-Merrit) en neonatos. Ello puede ser confirmado por la presencia de fibrina, por medio de microscopio electrónico tridimensional. Esta hipótesis -

presuncional puede explicar porque las complicaciones tromboembólicas en el embarazo son raras, pues la placenta actúa como "filtro"; en el periodo postparto desaparece este "filtro", y los estímulos que activan la coagulación pueden originar complicaciones tromboembólicas.

En 1971, Stader y cols., describieron defectos de coagulación que ocurrieron después de terminación del embarazo en el segundo trimestre, con instilación intramniótica de solución salina hipertónica, esta observación fue confirmada más tarde por otros investigadores.

Los investigadores explicaron el fenómeno como un estado de coagulación intravascular diseminada. Beller y cols. no obstante no hallaron pruebas de depósito de fibrina en glóbulos rojos y usaron el término de "Coagulopatía por Consumo". En la actualidad puede considerarse como algo puramente académico discutir la terminología, pues ningún término se ha definido con precisión en la literatura médica.

Glueck y cols., demostraron que el comienzo del defecto de la coagulación coincide con el óbito fetal. El primer cambio en los datos de los exámenes de laboratorio es el aumento en los derivados del fibrinógeno de elevado peso molecular. Muchos autores consideraron la posibilidad de que la actividad de la tromboplastina tisular de la placenta desintegrada o del tejido de decídua puede pasar a la circulación materna.

Desde la descripción clásica de "Choque Séptico" - hecha por Studdiford y Douglas en 1956, se ha apreciado que el aborto séptico contribuye en un gran porcentaje de muertes maternas. El choque séptico suele depender de una infección por gram negativos; las especies gram positivas producen menos del 5 por ciento de los estados de choque. El principal microorganismo gram negativo causante de choque séptico es el *Clostridium perfringens*, sólo o en combinación con bacterias gram negativas. Las exotoxinas alfa liberadas por algunas especies de clostridios producen nefrotoxicidad.

Debe insistirse en la eliminación de la infección uterina como el paso más importante en el tratamiento del "Choque Séptico".

Malony y colaboradoras en 1949 fueron los primeros en observar los defectos de coagulación relacionados con la muerte fetal en el útero. El defecto de coagulación consiste básicamente en disminución en la concentración del fibrinógeno plasmático, combinado con un aumento en los productos de degradación y disminución de la concentración de los factores V y VIII.

Sin embargo, a menudo no cambia el recuento de plaquetas. La concentración de fibrinógeno plasmático disminuye en un período de semanas, para llegar a cifras de casi cero, lo cual puede ocasionar grandes complicaciones hemorrágicas en el momento del parto. Muchos autores han conside

rado que la liberación de materia tromboplástica desde el líquido amniótico y la placenta desintegrada puede ser un factor etiológico.

OBJETIVOS.

El objetivo del presente estudio es conocer el estado actual de las histerectomías en bloque, en relación a las histerectomías obstétricas practicadas en el Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del I.M.S.S., analizándose diagnósticos que llevaron a la intervención quirúrgica señalada, edad, paridad, tipo de histerectomía, uso de antimicrobianos, morbimortalidad y estancia hospitalaria, de 17 reportes de Anatomía Patológica, los cuales fueron correlacionados clínicamente.

ASPECTOS HISTÓRICOS:

En el siglo XVIII, Cavallini reportó el resultado de la extirpación del útero grávido consecutivamente a la operación cesárea realizada en animales de laboratorio. En 1828 Blundell señala la importancia que puede tener la extirpación del útero grávido después de la operación cesárea, para corregir complicaciones como infección y hemorragia. Sin embargo no es hasta 1868 en que Robinson Storer practica la primera cesárea histerectomía en humanos en un intento de controlar una hemorragia en el curso de una intervención cesárea, siete años más tarde, en 1876, Eduardo Porro describió la --

operación mencionada con el propósito de reducir la mortalidad materna asociada a la cesárea; en su técnica, Porro describe la extirpación uterina suprascervical con fijación del muñón a la herida abdominal, inspirado en las aseveraciones de Michaelis que decía que el útero después de la cesárea -- era más perjudicial que útil y apoyado en las estadísticas de la Maternité de Paris y del Hospital de Partos de Viena -- que registraban casi un cien por ciento de muertes como secuela de la histerectomía abdominal. Estas revisiones de Paris y Viena abarcan un lapso de 100 años y justifican que se perdieran todas las operadas porque en esa época no se hacía la sutura del útero una vez extraído el producto. Max Singer planteó la conveniencia y realizó 14 años más tarde la autura del útero, no haciendo indispensable la extracción del órgano. La histerectomía postcesárea mejoró las estadísticas y a partir de la época en que se comenzó a suturar la herida uterina, la mortalidad se redujo, quedando para muchos cirujanos como únicas indicaciones para extraer el órgano dos situaciones: los casos con infección importante y las rupturas con hemorragia no controlada.

En nuestro medio, Zuckerman, Matsos Fournier, entre otros autores, han sido pioneros de esta terapéutica quirúrgica que en los albores de la Ginecología Mexicana constituyó un recurso heroico.

Con la aparición de los antibióticos, el control -

ESTA YESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

de las infecciones pareció haberse resuelto, sin contar con el hecho, si parecer inconcebible, de la resistencia bacteriana, a los mismos que han motivado la reaparición de métodos terapéuticos quirúrgicos que incapacitan, por inutilizar a las mujeres, para la procreación y que, sin embargo, evitan la muerte cuando son indicados oportunamente, reduciendo la mortalidad materna.

MATERIAL Y METODOS.

De Septiembre de 1978 a Septiembre de 1984, se efectuaron en el Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castanzo Aysla" del IMSS. 808 histerectomías obstétricas, representado el 4.7 por ciento del total, 38 histerectomías en bloque.

Se efectuó la revisión de 38 reportes de Anatomía Patológica correspondientes de Úteros a quienes se practicó histerectomía en bloque, los cuales fueron correlacionados clínicamente en 17 casos, no habiendo sido posible la correlación en el resto de los expedientes por ausencia de los mismos en el Archivo Clínico del Hospital, probablemente por depuración de los mismos o su extravío en vista de existir el llamado "expediente viajero" en la época en la cual ocurrieron las intervenciones quirúrgicas.

de las infecciones pareció haberse resuelto, sin contar con el hecho, al parecer inconcebible, de la resistencia bacteriana, a los mismos que han motivado la desaparición de métodos terapéuticos quirúrgicos que incapacitan, por mutilar a las mujeres, para la procreación y que, sin embargo, evitan la muerte cuando son indicados oportunamente, reduciendo la mortalidad materna.

MATERIAL Y METODOS.

De Septiembre de 1978 a Septiembre de 1984, se efectuaron en el Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castella Ayala" del IMSS, 808 histerectomías obstétricas, representado el 4.7 por ciento del total, 38 histerectomías en bloque.

Se efectuó la revisión de 38 reportes de Anatomía Patológica correspondientes de Úteros a quienes se practicó histerectomía en bloque, los cuales fueron correlacionados clínicamente en 17 casos, no habiendo sido posible la correlación en el resto de los expedientes por ausencia de los mismos en el Archivo Clínico del Hospital, probablemente por depuración de los mismos o su extravío en vista de existir el llamado "expediente viajero" en la época en la cual ocurrieron las intervenciones quirúrgicas.

ANÁLISIS DE 17 CASOS DE HISTERECTOMIA EN BLOQUE.DIAGNOSTICOS:

En el Cuadro No. 1, se enlistan los diagnósticos de ingreso de las pacientes intervenidas, correspondiendo al total de los casos reportados (38) 28 a corioamnionitis consecutivas a RPM en su mayoría y el diagnóstico de menor frecuencia fue "aborto legal" con esterilización.

Del total de los casos correlacionados clínicamente (17) 11 correspondieron a corioamnionitis (64.7 por ciento), 3 casos a óbito fetal (17.6 por ciento), uno ocasionado por desprendimiento prematuro de placenta; cuello desfavorable a la inducción, 2 casos (11.7 por ciento) a mola hidatidiforme de repetición en múltiples y un caso (5.8 por ciento) de aborto legal mencionado anteriormente, en paciente menor de edad, violada y con coeficiente intelectual de 55 previamente valorada por el Servicio de Psicología del Hospital.

EDAD DE LAS PACIENTES:

Como se indica en el Cuadro No. 2, la mayor frecuencia de casos se presentó en la tercera y cuarta década de la vida, que es la de mayor actividad procreativa de la mujer y representa el 70.58 por ciento de los casos correlacionados.

DIAGNOSTICOS DE INGRESO DE PACIENTES SOMETIDAS

A HISTERECTOMIA EN BLOQUE

	No. CASOS	PORCENTAJE
CORIOAMNIONITIS	11	64.7
OBITO FETAL	3	17.6
MOLA HIDATIDIFORME	2	11.7
ESTERILIZACION	1	5.8
T O T A L	17	99.8

CUADRO No. 1

EDADES DE LAS PACIENTES CON HISTERECTOMIA EN BLOQUE

G R U P O S	No. CASOS	PORCENTAJE
20 AÑOS Y MENOS	3	17.6
ENTRE 21 Y 30 AÑOS	6	35.2
ENTRE 31 Y 40 AÑOS	6	35.2
ENTRE 41 Y 50 AÑOS	2	11.7
T O T A L	17	99.7

CUADRO No. 2

La edad mayor de 43 años y la menor de 14 años.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

En el Cuadro No. 3, se enlistan los casos correlacionados con sus antecedentes gineco-obstétricos más importantes. En promedio 7 fue el número de embarazos con gestación máxima de 14 y mínima de 1.

La paridad en promedio fue de 6.5 con 13 como máxima y 0 como mínima.

EDAD GESTACIONAL:

La edad gestacional de los productos extirpados -- fluctuaba entre 33 semanas como máximo y 10 semanas mínimo.

En el Cuadro No. 4 se agrupa en trimestres del embarazo.

TECNICAS EFECTUADAS EN LA HISTERECTOMIA EN BLOQUE:

De los casos correlacionados el tipo de histerectomía intrafascial se efectuó en 10 casos (58.8 por ciento), - el extrafascial en 6 casos (35.2 por ciento) habiéndose efectuado en un caso (5.8 por ciento) histerectomía subtotal.

Se efectuó salpingooforectomía bilateral en 3 casos (17.6 por ciento) y no se realizó en 14 casos (82.3 por ciento).

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE LAS PACIENTES CON

HISTERECTOMIA EN BLOQUE

No. de ORDEN	EDAD (Años)	GESTA	PARA	ABORTO	CESAREA
1a.	37	VIII	V	II	
2a.	19	IV	III		
3a.	34	VIII	VII		
4a.	28	VII	VI		
5a.	36	VIII	VI	I	
6a.	25	III	0		II
7a.	43	XIV	XIII		
8a.	26	III	II		
9a.	29	II	I		
10a.	30	III	II		
11a.	29	VI	IV	I	
12a.	18	II			I
13a.	31	VII	V	I	
14a.	38	XII	XI		
15a.	42	VII	IV	II (MOLAR)	
16a.	34	VI	IV	I	
17a.	14	I			
PROMEDIO:	28.5	VII	VI		

EDAD GESTACIONAL DE LOS PRODUCTOS DE HISTERECTOMIA EN BLOQUE

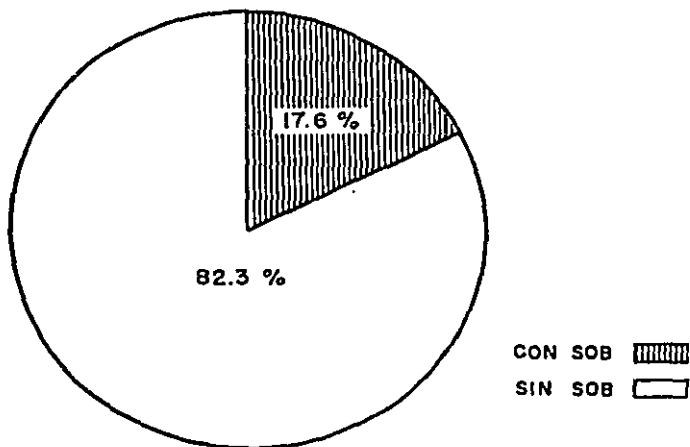
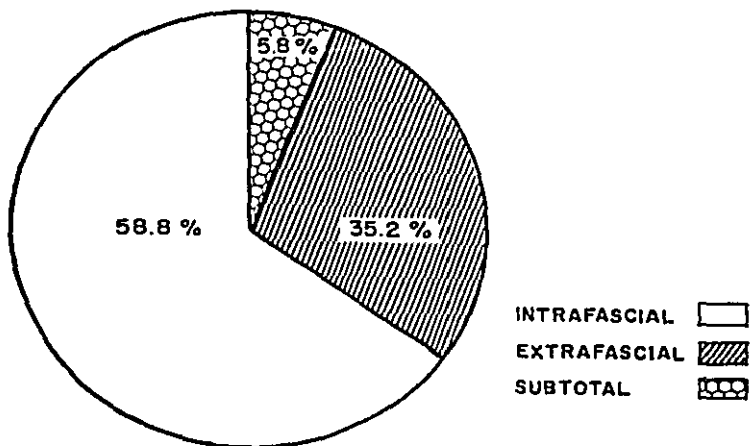
EN EL HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA", IMSS. 1978-84

<u>No. CASOS</u>	<u>EDAD GESTACIONAL (Semanas)</u>	<u>TRIMESTRE DEL EMBARAZO</u>
1a.	24	2o.
2a.	21	2o.
3a.	22	2o.
4a.	16	2o.
5a.	12	1o.
6a.	18	2o.
7a.	25	2o.
8a.	20	2o.
9a.	22	2o.
10a.	19	2o.
11a.	29	3o.
12a.	12	1o.
13a.	23	2o.
14a.	33	3o.
15a.	13	1o.
16a.	10	1o.
17a.	14	1o.
PROMEDIO:	21.5	1o. - 5 2o. - 10 3o. - 2

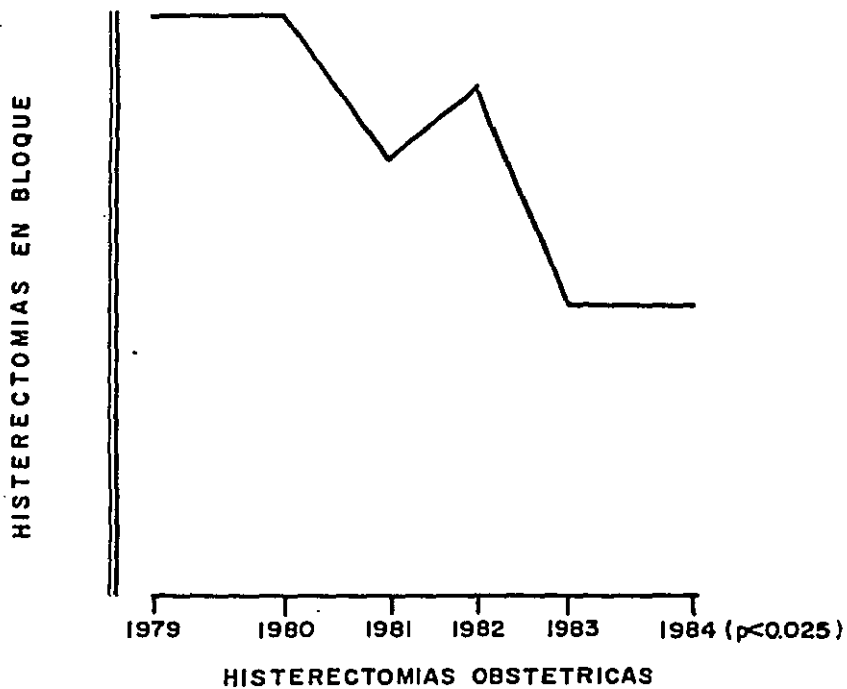
CUADRO No. 4

TIPOS DE TECNICA EFECTUADOS EN LA HISTERECTOMIA EMBLOQUE EN EL HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA"

1978 - 84



PROPORCION DE HISTERECTOMIAS OBSTETRICAS Y EN BLOQUE EFECTUADAS EN EL HOSPITAL L.C.A. 1979-84



El tipo de cirugía se decidió en el momento operatorio, generalmente dependiendo del criterio del cirujano, - su habilidad y el compromiso de la circulación utero-ovárica, en caso de los procesos sépticos.

Se hizo uso de drenajes en 6 casos (35.2 por ciento), los cuales fueron instalados en fondo de saco de Douglas y exteriorizados por contraapertura en los flancos así como, también en vagina.

No se utilizó ningún tipo de drenaje en 11 casos - (64.7 por ciento).

ANTI-MICROBIANOS:

Se administraron antibióticos en 14 casos (82.3 -- por ciento) y fueron manejadas sin antimicrobianos 3 pacientes (17.6 por ciento).

El tipo de antimicrobianos administrados fue de amplio espectro o asociación de ellos para cobertura de gram - positivos y gram negativos, siendo en orden de frecuencia: - la gentamicina, penicilina, cloramfenicol, ampicilina, metro nidazol y clindamicina.

En un caso se efectuó cultivo de secreciones de cú pula vaginal (5.8 por ciento).

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA:

En promedio fueron 12 días de hospitalización de_

las pacientes, con una estancia de 22 días como máximo y 2 - como mínimo.

En el Cuadro No. 5 se desglosan los días de estancia y utilización de cuidados intensivos.

MORBIMORTALIDAD.

De las 17 pacientes correlacionadas clínicamente, 5 recibieron cuidados intensivos correspondiendo al 29.4 por ciento, habiéndose registrado complicaciones sépticas, que se observan en el Cuadro No. 5. Una paciente se reintervino por hipovolemia y se practicó ligadura de pedículo vascular y una muerte fue reportada representando el 5.8 por ciento de las pacientes.

COMENTARIOS:

En la presente revisión nos damos cuenta de la decreciente práctica de la histerectomía en bloque en el Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala", ya que en sus primeros años de vida, el promedio de las mismas con respecto a las histerectomías obstétricas era mayor que en los años más recientes (menor de 0.025) lo cual nos habla en favor de un diagnóstico y tratamiento más oportuno de las complicaciones del estado grávido puerperal, en especial las sépticas.

Nos damos cuenta también de que la técnica intrafaeal es la más efectuada a pesar de que se preconiza la -

MORBIMORTALIDAD DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN

BLOQUE EN EL HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA" 1978 - 1984

No. CASOS	DIAS/ESTANCIA HOSPITALARIA (DIAS)	U.C.I.A.	COMPLICACIONES	E.SALUD
1a.	22	SI	Pulmón de choque	Viva
2a.	8	No		Viva
3a.	8	No		Viva
4a.	2	SI	Pulmón de choque Shock séptico Trombosis séptica cerebral. C.I.O.	Muerta
5a.	13	NO		Viva
6a.	12	No		Viva
7a.	8	SI	Sepsis. Hepatitis tóxica reactiva	Viva
8a.	11	SI	Urosepsia seca colagenopatía	Viva
9a.	14	SI	Tromboembolia pulmonar Shock séptico. Trombo- embolia iliofemoral profunda	Viva
10a.	12	No		Viva
11a.	12	No		Viva
12a.	7	No		Viva
13a.	6	No		Viva
14a.	15	No		Viva
15a.	8	No		Viva
16a.	7	No		Viva
17a.	7	No		Viva
Promedio	12		5 Complicadas 29.4 %	1 muerte 5.8 %

CUADRO No. 5

técnica extrafascial en procesos sépticos, pero el criterio del cirujano fue determinante en la elección. Se reporta también, el caso de una histerectomía subtotal y aunque en la literatura nacional y extranjera se recomienda la histerectomía total, la opinión del cirujano fue diferente.

Aunque se adoleció de cultivos y antibiogramas en la mayoría de los casos, se utilizaron antimicrobianos para combatir gérmenes que en estadísticas nacionales y extranjeras han demostrado mayor frecuencia como causa de morbilidad infecciosa, siendo este el caso de E. Coli, estreptococo del grupo B, así como enterococos, pues es conocido que actualmente los microorganismos responsables de sepsis en corioamniotitis son gram negativos, en su mayoría, generalmente la flora vaginal y rectal de las pacientes

En abortos sépticos se han aislado en Dinamarca, - y Suecia Chlamydia trachomatis como causa de enfermedad inflamatoria pélvica.

Se efectuó histerectomía en bloque a dos pacientes con mola hidatidiforme, una de las cuales cursaba con la tercera de repetición, ambas grandes multíparas, no habiendo desarrollado en ninguna de ellas enfermedad trofoblástica maligna posteriormente.

La edad promedio de las pacientes fue de 28.5 años un poco menor que la reportada de 32.2 años, en estudio efec

tudo en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. Uno del IMSS, en el año de 1961 en un total de 32 histerectomías durante el estado grávida puerperal.

En el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del IMSS, Centro Médico "La Raza", de 1965 a 1967 la edad promedio de las pacientes sometidas a histerectomía en bloque fue de 37.7 años.

Las causas por las que se efectuó la histerectomía en bloque fueron predominantemente las infecciones y las complicaciones fueron derivadas del mismo proceso infeccioso y trastornos de la coagulación, siendo reportado CID y tromboembolia pulmonar, así como un caso de trombosis iliofemoral profunda, siendo el mayor peligro en los casos de retención prolongada del óbito fetal.

Sin duda son bien conocidos factores como las várices en miembros inferiores, edad superior de 35 años, operación césarea, como causas o factores de riesgo en la enfermedad tromboembólica, sin embargo, en la Clinique Obstetricale en Paris en un estudio efectuado de Enero de 1968 a Diciembre de 1978, se reporta la inhibición de la lactancia como factor de riesgo de tromboembolismo siendo mayor el riesgo cuando se efectuó con estrógenos que con diuréticos o bromocriptina.

BIBLIOGRAFIA.

1. SANCHEZ CONTRERAS, J.; GONGORA LOPEZ, P.; PEREZ, DE S. J. L.: "HISTERECTOMIA EN UTERO GESTANTE". *Ginec. Obstet. Mex.* 23:719, 1968.
2. DOSAL DE LA VEGA, M.; MONDRAGON, H. L.: "ANALISIS DE 32 CASOS DE HISTERECTOMIAS DURANTE EL ESTADO GRAVIDO PUERPERAL". *Ginec. Obstet. Mex.* 1963.
3. BRAVO SANDOVAL, J.: "COMENTARIO AL TRABAJO. "HISTERECTOMIA DURANTE EL ESTADO GRAVIDO PUERPERAL". *Ginec. Obstet. Mex.*: XVIII, 1963.
4. BELLER, F.; USZYNSKI, M.: "COAGULACION INTRAVASCULAR - DISEMINADA EN LA EMBARAZADA".
5. ORTIZ DE LA P. R.: COMENTARIO AL TRABAJO "HISTERECTOMIA EN UTERO GESTANTE". *Ginec. Obstet. Mex.*: XXVII, 1968.
6. URIBE ELIAS, R. E.: "LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA. JUICIO CRITICO". *Cir. Cir.* 49:3, 1981.
7. RUDIGOZ, R. C.; DARGENT, A.; MAGNIN, P.: "LE RISQUE - TROMBOEMBOLIQUE PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST PARTUM". *J. Gyn. Obst. Biol. Repr.* 10:155-161, 1981.
8. MOLLER, B.; AHRONS, S.; LAURIN, J.; MAROH, P.: "PELVIC INFECTIONTER ELECTIVE ABORTION ASSOCIATED WITH CHLAMYDIA TRACHOMATIS". *Obst. and Gyn.*: 59:2, 1982.
9. MAGRANE, D.; BLASKIEWCZ, R. J.: "AMNIOTIC FLUID CULTURES: POSTCESAREAN SECTION ENDOMYOMETRITIS AND NEONATAL INFECTIONS" *Obstet. Gynec.* 61:3, 1983.

10. ATRASH, K.H.; PETERSON, H.B.; CATES, W. JR.; GRIMES - D.A.: "THE RISK OF DEATH FROM COMBINED ABORTION-STERILIZATION PROCEDURES: CAN HYSTEROMOTY OR HYSTERECTOMY_ BE JUSTIFIED? Am.J.Obst. and Gyn. 1:142(3)269-74,1982.
11. KILKKU, P.: "SUPRAVAGINAL UTERINE AMPUTATION VS HYTE RECTOMY. EFFECTS ON COITAL FREQUENCY AND DYSpareunia. Act.Obst.Gyn.Scand. 62(2):141-5,1983.
12. HELLMAN, L.M.; PRITCHARD, J.A.: "OPERACION CESAREA Y CESAREA CON HISTERECTOMIA". Williams. Obstetricia 888 908. Salvat. Tercera Edición.
13. SOKAL, R.R.; ROHLF, R.J.: "REGRESION LINEAL". Biometry 2nd. Edition. Chap. 14.
14. TOVELL, H.M.M.; DANK, L.D.: "HISTERECTOMIA ABDOMINAL_ TOTAL: TECNICA INTRAFASCIAL. HISTERECTOMIA ABDOMINAL_ TOTAL: TECNICA EXTRAFASCIAL. OPERACIONES GINECOLOGI--CAS. Salvat 1981.

* * * * *